

# 子育てをする女性の健康と生活の一考察

## ーイギリスのフェミニストによる健康の不平等 (Inequalities in Health)の研究方法を通してー

尾 島 万 里

### A Study on Health and Lives of Mothers Caring for Their Children

—Based on British Feminist Research on Inequalities in Health—

Mari Ojima

#### I はじめに

近年イギリスでは、女性の健康問題をジェンダーの視点から解明する保健社会学や社会政策論が盛んである。イギリスにおける健康の不平等 (Inequalities in Health) の社会・経済・環境的原因に関する研究は1860年代に最初の報告書が発表されて以来の長い歴史がある。特に、1980年の『ブラック・レポート (Black Report)』の刊行以後、イギリス国内の所得間格差の拡大と、それに伴って中流階級と労働者階級間の死亡率の格差が増大したことが多くの研究により指摘されている。このレポート発表後の1980年代以降、フェミニストたちによる女性の健康の不平等に関する研究報告が注目されるようになった。

一般に、先進国共通の傾向として、女性は男性よりも寿命は長いが、決して健康な状態で生活を続けているわけではないという指摘があり、フェミニストたちは、この問題はジェンダー特有であると主張している。特に、医療経済学者であるドヤル (Doyal L) は西洋医学の発達、経済発展による栄養状態の改善及び妊産婦死亡率の低下が女性の死

亡率を減少させることにつながり、さらに伝染病からの脅威や出産時の危険性の減少などが女性が男性と比較して長寿になったと説明しているが、その反面、女性が不健康な状態で長生きすることの社会的要因を強調している。即ち、家事労働や家庭の経済状態を含めた家庭環境が女性の健康に影響を与えていると主張している (Doyal 1995)。

本論では、家事労働や家庭の経済状態を含めた家庭環境が日本の女性の健康にどのように影響を与えているのかを子育て中の母親に焦点をあてて、イギリスの分析方法を用いて検討することとした。そこで、実際に東京近郊で1998年夏に保育所に子供を預ける母親を対象に実施したアンケート調査結果から、女性の労働(雇用形態・職業)、家庭における物質的資源、家族形態、家事労働とその健康状態を調べて、それらの健康の関連性を探っていくこととする。

## II 調査の概要

### 1. 調査分析の枠組み

前述したように、イギリスでは女性の健康に影響を及ぼす社会経済的要因に関する研究は現在盛んに行われているが、ここではアーバー (Arber S) のモデルを紹介しつつ、それを参考にし、分析の枠組みを図示する。

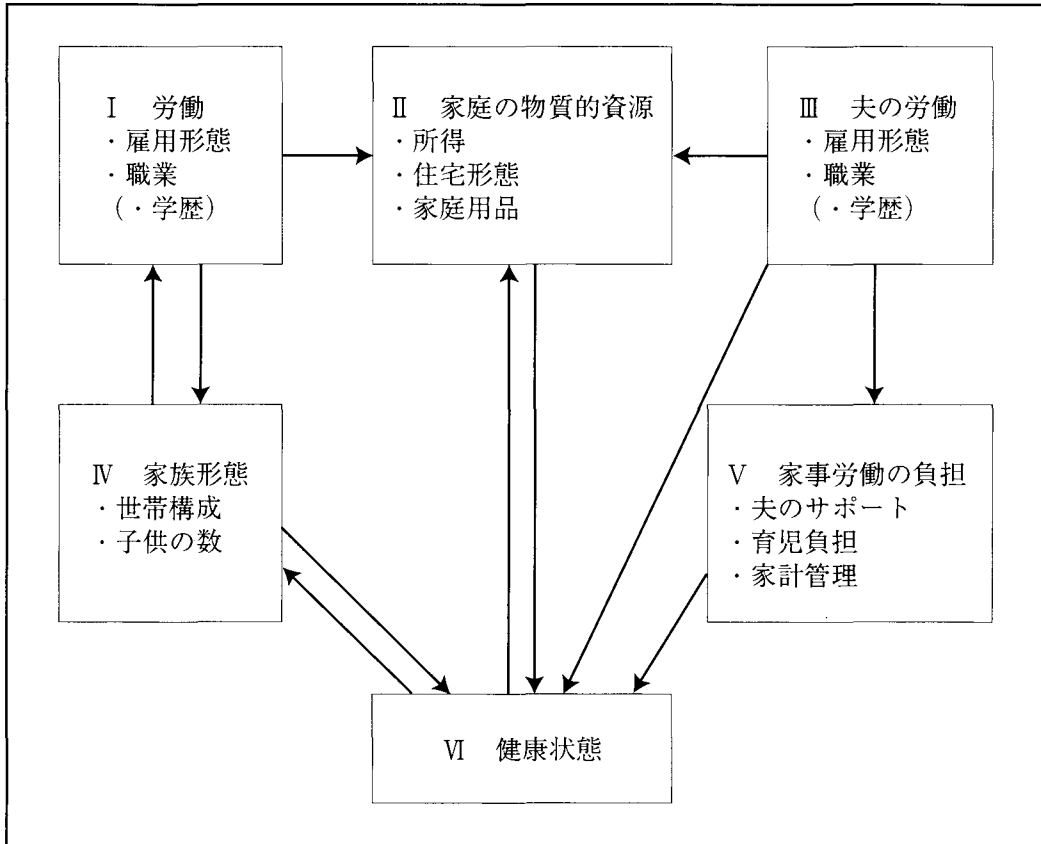
アーバーは、女性の健康を規定する社会経済的要因を、物質的環境、職業や雇用状態の視点とともに、家族 (marital and parental) 面での地位と役割、即ちジェンダーの視点から捉えなおすことが重要であると指摘している。男性の健康問題の場合は、その職業役割が第一義的に影響を与えるのに対して、女性は家族上の地位と役割からも判断されなければならない (Arber, 1991)。そして、重要なのは家族役割 (family roles)、雇用状態と物質的環境 (一特に住宅環境) 間がどのような関係で女性の健康に影響を及ぼすのかを分析することが重要であると強調している。従って後にアーバーは、第1に働く女性自身の職業上の地位や雇用状況、第2に家庭の物質的資源の状況、さらに第3に婚姻状態や家族役割状況を複合的に考える有効なモデル (Arber, 1997) を提示している。このモデルを参考にしながら調査分析の枠組みを以下に図示した。(図1参照)

そして最終的には日本において健康への関連性を探ることが課題となる。

### 2. 調査の対象

1998年9月に神奈川A市と東京B区にある保育所6ヶ所に依頼し、そこに子供を通わ

図1 調査分析の枠組み（矢印は関連があると事前に仮定した方向を示す）



せている母親550名を対象にして、質問紙アンケート形式で郵送による方法で実施した。有効回収率54.5%であり、分析対象者は267名である。アンケートの内容については図1の調査分析の枠組みで示したIからVIの領域の中で関係すると思われる48項目の質問項目を作成した。そして、各項目間の中で常識的に関連すると思われる項目に関して全てクロス集計を行い、その相関係数をとった。（表1参照） 詳しい調査結果については、『1998年度財団法人東京女性財団自主研究報告書』を参照して頂くことにして、ここでは、特に各要因の健康への関連性が見られたもののみ取り上げて、考察していくこととする。

### Ⅲ 調査結果の要約

まず、本調査では、母親の年齢は30歳代に集中し、約74%を占めている。次に25歳か

ら29歳が13.9%である。父親の年齢は30歳代が約55%を占め、次に40歳から44歳が多く17.2%を占めており、夫の年齢の方が若干高い傾向にあった。次に母親本人の健康状態については、実際になんらかの病気を抱えている者が全体としては27.5%いた。病気の種類としては全体ではばらつきがあるものの、耳鼻科系と筋骨格系が若干多く、それぞれ

表1 クロス集計

クロス集計の中で相関関係があると認められたもの(独立性の検定による)

							x2分布
Y	X	x2値	自由度	有意差判定確率	判定マーク	n	独立係数
(99) Q51学歴	(275) Q49職業	90.67	20	0.0000	***	231	0.31325
(96) Q48雇用形態	(103) Q55年収	176.68	28	0.0000	***	257	0.41457
(99) Q51学歴	(103) Q55年収	76.18	35	0.0001	***	257	0.24348
(276) Q50夫の職業	(278) Q56夫の年収	34.75	12	0.0005	***	226	0.22639
(35) Q21B労働時間(夫)	(191) Q56夫の年収	15.23	6	0.0186	*	223	0.18478
(100) 夫の学歴	(276) 夫の職業	91.74	20	0.0000	***	232	0.31442
(264) 世帯構成B	(106) Q58住宅	67.26	16	0.0000	***	267	0.25095
(264) 世帯構成B	(107) Q59住居の広さ	142.54	16	0.0000	***	265	0.3667
(264) 世帯構成B	(154) 家庭用品	28.09	4	0.0000	***	267	0.32438
(40) Q25家計管理	(43) Q28おこずかい	15.36	3	0.0015	**	258	0.24399
(35) Q21B労働時間(夫)	(260) Q9C家事時間(夫平日)	22.77	9	0.0067	**	210	0.19012
(35) Q21B労働時間(夫)	(294) Q10C子供と遊ぶ時間(夫平日)	27.00	6	0.0001	***	214	0.25117
(99) Q51学歴	(40) Q25家計管理	34.98	15	0.0025	**	260	0.21178
(275) Q49職業	(43) Q28おこずかい	14.52	4	0.0058	**	231	0.25071
(275) Q49職業	(151) Q44症状点数	25.37	12	0.0132	*	231	0.19134
(14) Q10B子供と遊ぶ時間(休日)	(151) Q44症状点数	48.37	27	0.0070	**	241	0.25865
(23) Q11G家事(子供の世話)	(151) Q44症状点数	30.70	12	0.0022	**	266	0.19614
(305) 家事分担	(151) Q44症状点数	8.85	3	0.0314	*	265	0.18272
(151) Q44症状点数	(93) Q45症状への対処	27.33	15	0.0262	*	284	0.1791
(49) Q34長期の病気	(151) Q44症状点数	22.82	3	0.0000	***	265	0.29345
(49) Q34長期の病気	(344) 自覚症状回答パターン	10.89	4	0.0279	*	265	0.20268
(264) 世帯構成B	(49) Q34長期の病気	14.87	4	0.0050	**	265	0.23687
(25) Q13子供の病気、障害	(49) Q34長期の病気	8.81	1	0.0030	**	264	0.18272
(96) Q48雇用形態	(49) Q34長期の病気	30.61	4	0.0000	***	265	0.33985
(34) Q21労働時間	(49) Q34長期の病気	10.74	3	0.0132	*	244	0.20984
(103) Q55年収	(49) Q34長期の病気	27.10	7	0.0003	***	255	0.32599
(190) Q55年収	(49) Q34長期の病気	20.22	2	0.0000	***	255	0.28156
(277) Q55年収	(49) Q34長期の病気	23.39	3	0.0000	***	255	0.30289
(311) 年収(本人+夫)	(49) Q34長期の病気	18.53	5	0.0024	**	225	0.28695
(17) Q11A家事(朝食の支度)	(49) Q34長期の病気	12.09	4	0.0167	*	264	0.21402
(33) Q20夫の賛成	(49) Q34長期の病気	7.56	1	0.0060	**	229	0.1817

表2 病気の種類 (MA)

No.	病気の種類	n	%
1	循環器系	9	6.7
2	呼吸器系	8	5.9
3	消化器系	6	4.4
4	婦人科の病気	4	3.0
5	歯の病気	11	8.1
6	精神・神経系	9	6.7
7	眼の病気	4	3.0
8	耳・鼻の病気	29	21.5
9	皮膚の病気	14	10.4
10	泌尿・生殖系	1	0.7
11	外傷	0	0.0
12	代謝障害	3	2.2
13	筋骨格系	27	20.0
14	貧血、血液の病気	7	5.2
15	その他	3	2.2
	不明	0	
	全体	135	100.0

\* 長期の病気のある人のみ対象

れ20%を超えている。そして、その病気のために生活の支障が「ある」と回答した者が21人 (31.8%)、「ややある」と回答した者が34人 (51.5%) いた。(表2 参照)。

自覚症状に関しては頭痛、疲れ、いらいら、肩こりなど34項目を設定し、それについて「なし」「時々あり」「頻繁にあり」で答えてもらい、各々0点・1点・2点として各自の総点数を計算した。平均は15.4点であり、9点以下の健康群が約3割 (31.1%)、10-19点の平均群が約4割弱 (38.2%)、20-29点の自覚症状の多い群が2割強 (22.8%)、そして30点以上が7.9%と比

較的分散した割合となった。(表3 参照)。

以上のことを踏まえて、各要因の健康の関連性において、大きく分けて4つの傾向が見られた。第1に職業別での健康状態の差に関して、販売・サービス業に従事している者に自覚症状に訴えが多い傾向にあった(図2 参照)。次に関連性を示していたのは長期 (3ヶ月以上) にわたる病気の有無と雇用形態である (図3 参照)。それは専業主婦の中で3ヶ月以上にわたる病気が「ある」と回答した者が半数以上に及び、他の形態に比べて多く、次にパートタイム就労者の中で「ある」と回答した者が多く、フルタイム就労者は最も少なかった。

第2の特徴としてあげられるのは、長期の病気の有無と年収との間に相関関係が見られた。本人の年収で見ると、130万円未満の者の中で病気が「ある」と回答した者の割合が最も高く、400万円から500万円未満で病気が「ない」が100%になるのを境に、それ以上の収入になると、逆に「ある」が増える傾向が見られた。(図4 参照)。夫の年収と合計したものでは、(ここでは、本人の場合300万円未満を「低」、それ以上を「高」にした。

表3 自覚症状 (上段－n 下段－%)

	全体	なし	時々あり	頻繁にあり
Q44ア症状 (頭痛)	267 100.0	97 36.3	135 50.6	35 13.1
Q44イ症状 (疲れ)	267 100.0	46 17.2	99 37.1	122 45.7
Q44ウ症状 (のど)	267 100.0	164 61.4	94 35.2	9 3.4
Q44エ症状 (動悸、息切れ)	267 100.0	224 83.9	28 10.5	15 5.6
Q44オ症状 (発疹、かゆみ)	267 100.0	187 70.0	47 17.6	33 12.4
Q44カ症状 (集中力低下)	267 100.0	187 70.0	63 23.6	17 6.4
Q44キ症状 (朝気分落ち込み)	267 100.0	215 80.5	34 12.7	18 6.7
Q44ク症状 (耳が痛い)	267 100.0	227 85.0	29 10.9	11 4.1
Q44ケ症状 (せき、たん)	267 100.0	211 79.0	35 13.1	21 7.9
Q44コ症状 (不眠)	267 100.0	200 74.9	51 19.1	16 6.0
Q44サ症状 (食欲不振)	267 100.0	211 79.0	44 16.5	12 4.5
Q44シ症状 (生理痛)	267 100.0	166 62.2	57 21.3	44 16.5
Q44ス症状 (頻尿)	267 100.0	255 95.5	10 3.7	2 0.7
Q44セ症状 (いらいら)	267 100.0	81 30.3	116 43.4	70 26.2
Q44ソ症状 (吐き気)	267 100.0	239 89.5	22 8.2	6 2.2
Q44タ症状 (歯痛)	267 100.0	191 71.5	54 20.2	22 8.2
Q44チ症状 (疑り深い)	267 100.0	228 85.4	30 11.2	9 3.4
Q44ツ症状 (人の目が気になる)	267 100.0	173 64.8	68 25.5	26 9.7
Q44テ症状 (便秘)	267 100.0	152 56.9	63 23.6	52 19.5
Q44ト症状 (下痢)	267 100.0	214 80.1	41 15.4	12 4.5

	全体	なし	時々あり	頻繁にあり
Q44ナ症状 (手足の動きが悪い)	267 100.0	240 89.9	18 6.7	9 3.4
Q44ニ症状 (肩凝り)	267 100.0	63 23.6	54 20.2	150 56.2
Q44ヌ症状 (めまい)	267 100.0	158 59.2	81 30.3	28 10.5
Q44ネ症状 (手足のしびれ)	267 100.0	222 83.1	32 12.0	13 4.9
Q44ノ症状 (腰痛)	267 100.0	102 38.2	85 31.8	80 30.0
Q44ハ症状 (何もする気にならない)	267 100.0	162 60.7	86 32.2	19 7.1
Q44ヒ症状 (迷う)	267 100.0	171 64.0	59 22.1	37 13.9
Q44フ症状 (胃のもたれ、胸やけ)	267 100.0	196 73.4	59 22.1	12 4.5
Q44ヘ症状 (腹痛、胃痛)	267 100.0	166 62.2	70 26.2	31 11.6
Q44ホ症状 (眼の疲れ)	267 100.0	135 50.6	83 31.1	49 18.4
Q44マ症状 (手足の関節痛)	267 100.0	199 74.5	53 19.9	15 5.6
Q44ミ症状 (身体が熱い、だるい)	267 100.0	178 66.7	67 25.1	22 8.2
Q44ム症状 (生活に張りがない)	267 100.0	189 70.8	53 19.9	25 9.4
Q44メ症状 (鼻づまり、鼻水)	267 100.0	181 67.8	60 22.5	26 9.7

	全体	Q44症状点数			
		0-9	10-19	20-29	30-
合計	267 100.0	83 31.1	102 38.2	61 22.8	21 7.9
神奈川A市	165 100.0	57 34.5	65 39.4	34 20.6	9 5.5
東京B区	102 100.0	26 25.5	37 36.3	27 26.5	12 11.8

注) 自覚症状の点数は、各項目の「なし」＝0点、「時々あり」＝1点、「頻繁にあり」＝2点として各ケースごとに総点数を計算したものを。

夫の場合は600万円未満を「低」、600万円以上を「高」にした。) 本人がパートタイム就労で夫の年収が高い者が長期の病気が「ある」と回答した者の割合が最も高かった。本人と夫の収入がほぼ同じ程度の均等型は収入の高低に関わらず、「ない」と回答した者の方が圧倒的に多かった。(図5参照)。

第3の特徴は、育児と健康についてであるが、休日に子供と遊ぶ時間が長い者は症状点数も少なかった。(図6参照)。その他では、家事分担と自覚症状点数でわずかながらの関連性は見られたものの、母親本人の家事時間の長さ、夫の家事時間の長さ、家計管理の主体者と病気の有無や自覚症状点数との関連性は見られなかった。

第4の特徴は、母子世帯及び母子世帯と母の親族で同居している世帯は全体の13.1%であるが、この世帯で長期の病気が「ある」と答えている者の割合が高かった。(図7参照)。母子世帯で長期の病気が「ある」と答えた者の職業、雇用形態、年収を見てみると、約8割がパートタイム就労者で販売・サービス業従事者が他職種に比べて最も多く、半数以上を占め、しかも年収130万円未満が7割に上った。

特に母子と母の親族と同居している者の中で長期の病気が「ある」と答えた者が多く、約7割を占めているが、このうちの約8割が年収130万円未満で、病気による生活の支障があった。

図2 職業＊自覚症状点数

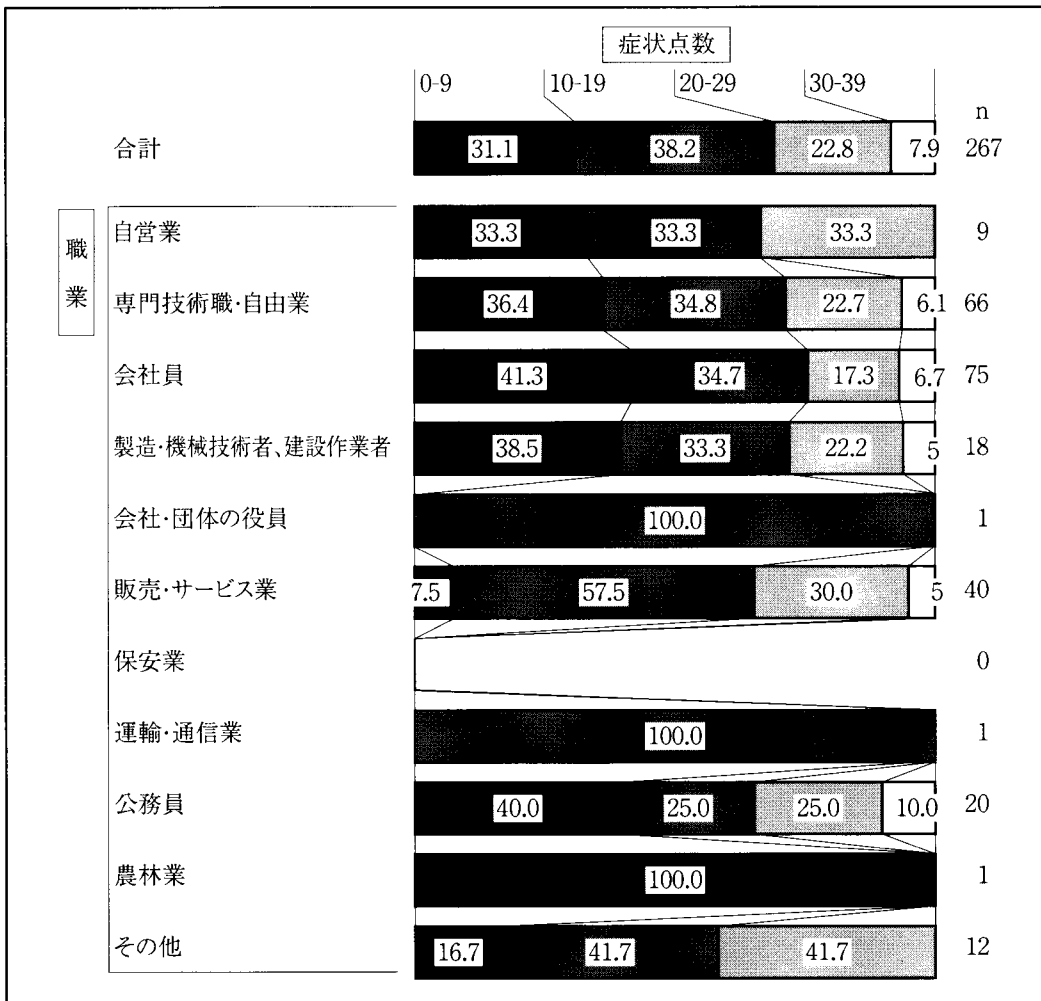


図3 雇用形態\*長期の病気

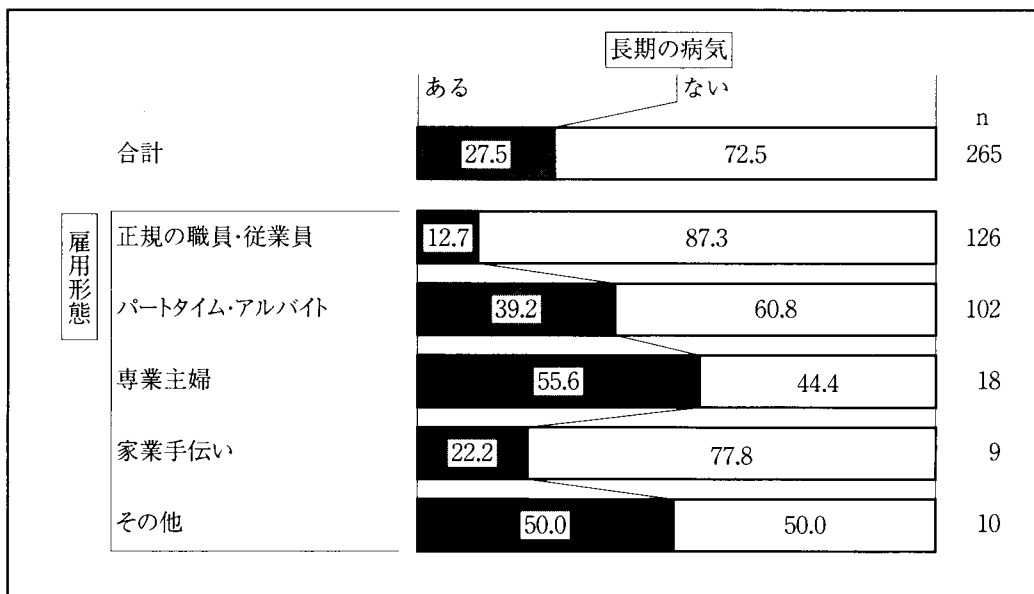
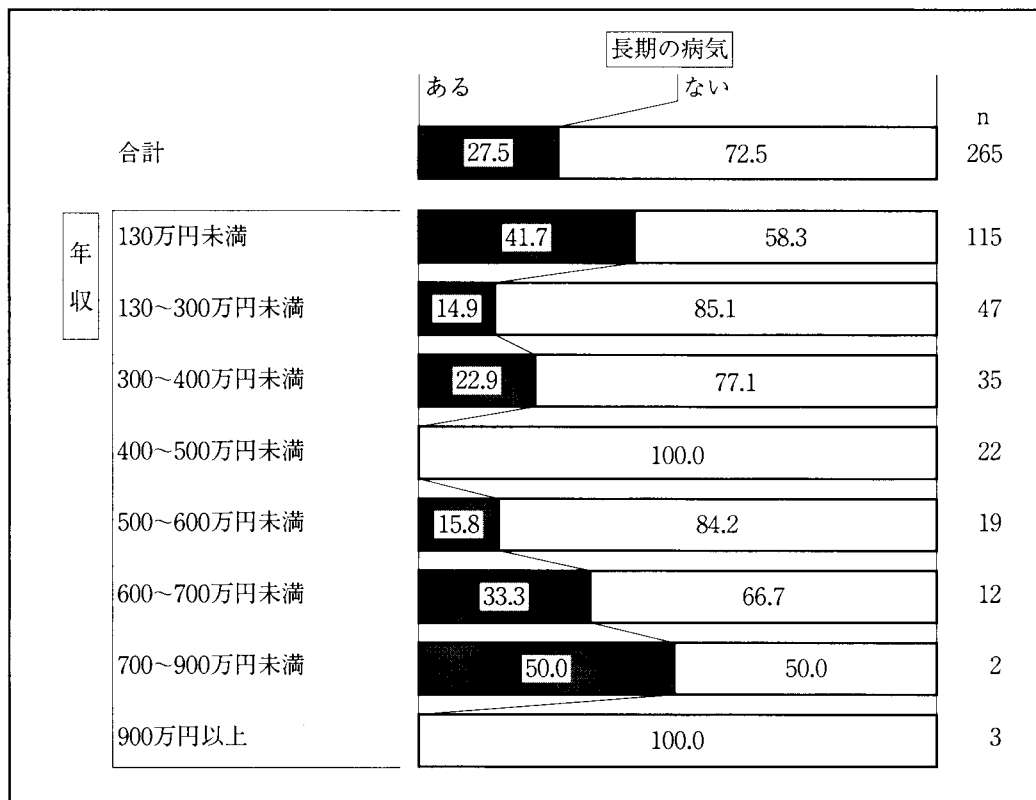


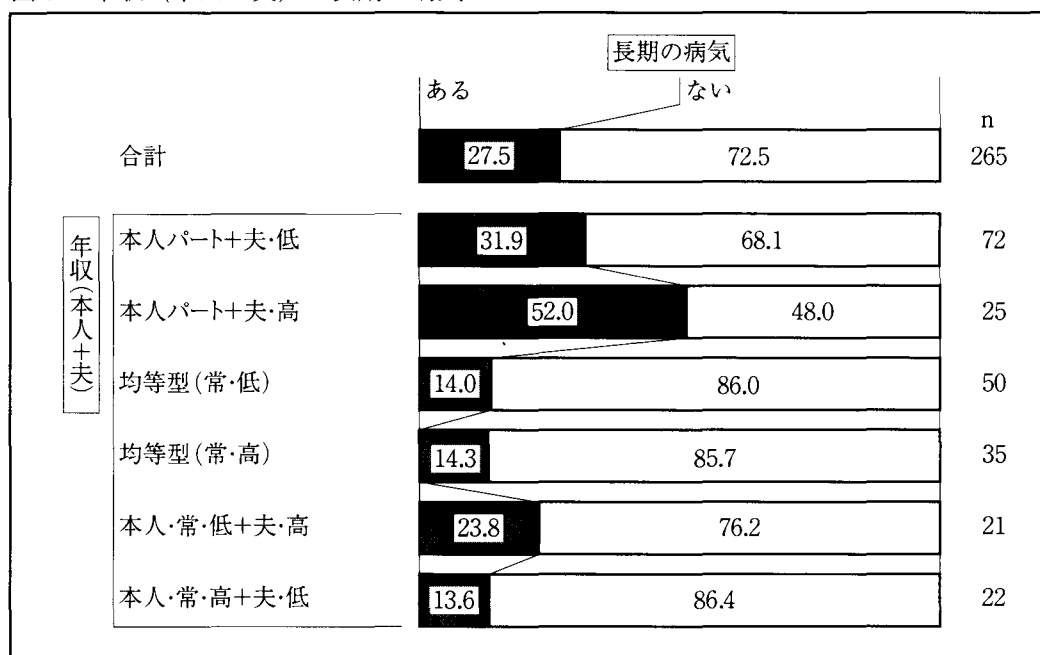
図4 年収\*長期の病気





また、障害及び病気の子供を持つ母親では半数が母親本人の長期の病気が「ある」と答えていた。この母親本人たちの雇用形態や職業見ると、半数以上はパートタイム就労者で販売・サービス業に従事していた。さらに年収で見ると、4分の3が130万円未満であった。

図5 年収（本人＋夫）＊長期の病気



#### IV 考察

##### 1. 物質的資源と健康との関連性

イギリスにおける健康の不平等の数多くの研究では、それが起きる原因として、社会・経済と物質的環境が人間の健康状態を規定する一番の要因であるとしている。その第1人者であるタウンゼンド（Townsend P）は、特に物質的剥奪（material deprivation）と健康の関連性に焦点をあててきた。タウンゼンドは住環境・労働状態・雇用状態・所得を生活の物質的環境要素として捉え、これらが劣悪な状態、つまり物質的剥奪が最も個人の健康状態を規定すると主張してきた（Townsend 1990b）。そして、アーバーは前述したそのモデル（図1参照）において、女性の場合は、物質的資源はIの本人の職業

図6 子供と遊ぶ時間(休日)\*自覚症状点数

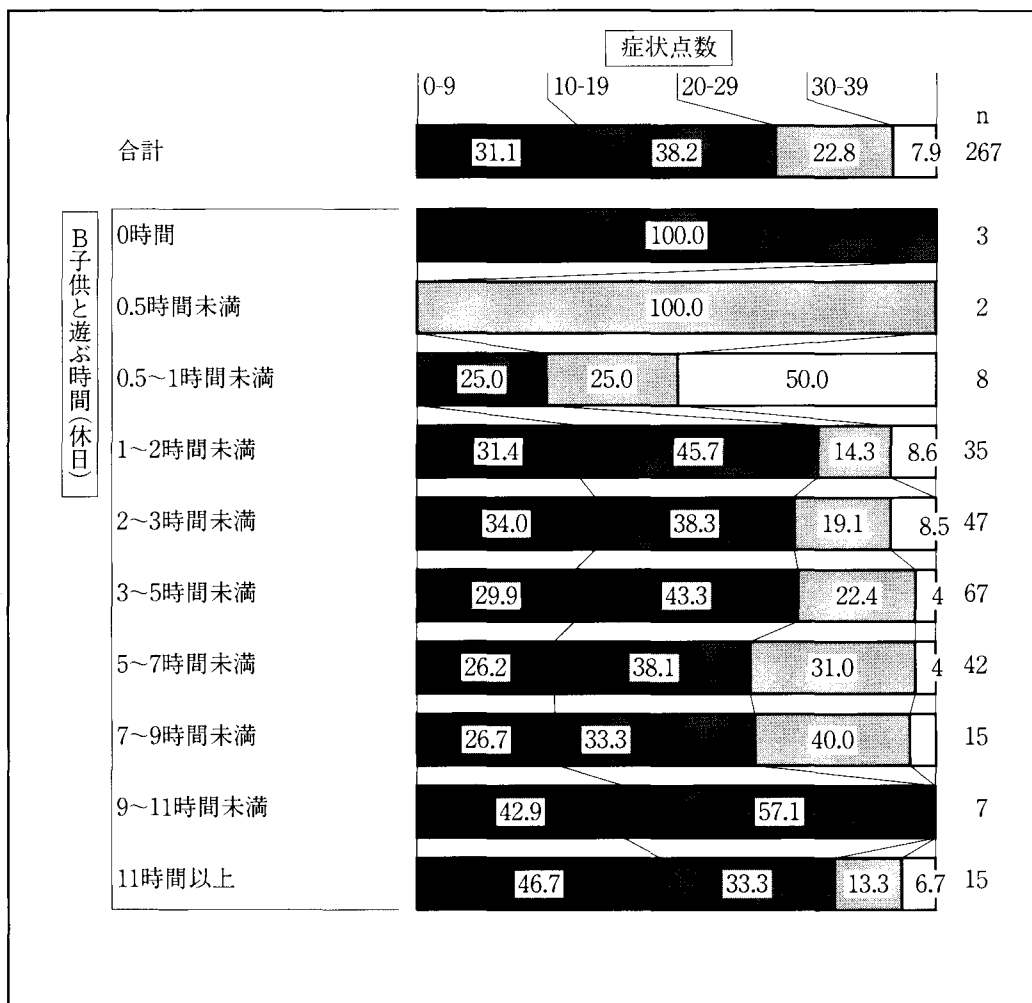
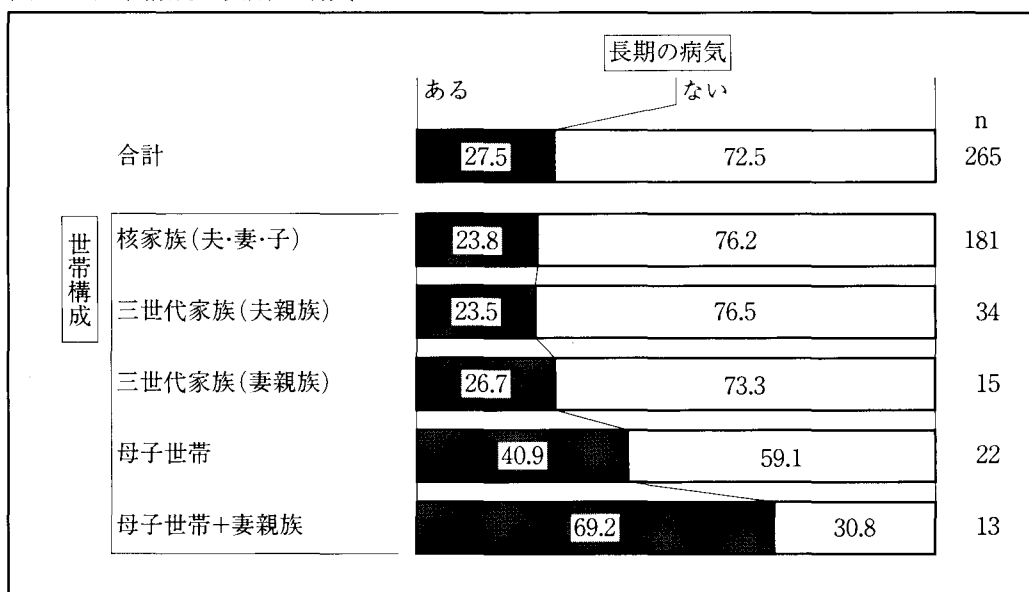


図7 世帯構成\*長期の病気



とⅢの夫の職業に規定されているものとして位置づけている。つまり物質的資源の安定は職業上の地位に密接に結びついている。この調査では物質的資源を表すものとして収入と住宅を変数とした。物質的資源の一要素として、住宅については、イギリスの場合、住宅形態と健康の関連性についての多くの報告があり、劣悪な住環境は人間の健康に影響があると考えられている。例えば、湿気が多かったり、暖房設備が十分でない住宅は悪影響を与えているという証拠がある（Graham 1991）。また、イギリス国内では生命にかかわる事故の40%が家庭内で起きており、特に女性は家庭内で過ごす時間が男性よりも長いので、劣悪な住環境は女性により大きな影響を与える（Graham 1991）と住宅形態と女性の健康については明確に関連性を示している。しかし、本調査からは住宅形態と健康の関連性は統計上からは見られなかった。また、質問紙の中で、子育てをする女性の健康状態に影響を与えていると本人自身が感じている主観的要素11項目（①地域の環境、②経済状況、③住宅状況、④家事の負担、⑤子育ての負担、⑥夫の支え、⑦家族関係、⑧近所づきあい、⑨夫の親との関係、⑩仕事の負担、⑪その他）の中で複数回答を求めたところ、住宅状況と答える者は2番目に少なく、主観的判断からも明確に示すことはできなかった。

ところが、収入においては関連性が見られた。Ⅲの調査結果のところすでに述べたが、本人の年収が130万円未満の者と高収入の者が病気が「ある」と回答した者の割合が高く、中程度の年収で「ない」と回答する者の割合が高かった。次に、夫と本人の所得のバランスが女性の健康に影響を及ぼしているのではないかということである。つまり、夫と本人の収入の差が高い者に長期の病気が「ある」と回答する者の割合が高いこと、夫と本人の収入がほぼ同じ程度にある者に「ない」と回答する者が多かったことは注目すべき点である。イギリスの健康と不平等の研究の中では所得と女性の健康の関連性をその配偶者の属する社会階級別で長年にわたり測定されていたが、アーバーやペイン（Payne S）は従来の測定方法では、結婚している女性は夫の職業で分類されてしまうと高い階層に位置付けられる場合が多い。また、家計の中の資源は（所得分配を含めて）夫婦間で平等に分配されているかどうかは疑わしい。そこには夫婦間の経済力の差が反映してくる。そのために既婚女性の場合は女性自身の職業と夫の職業や特性の両面から押えていくこと、家庭内の資源の分配方法を見ていくことを主張してきた（Arber, 1997; Payne, 1991）。本調査では家計の総所得で見るのではなく、夫婦間の経済力の違いが、そ

の夫婦間の力関係や行動に影響を与え、それがさらに力関係の弱者の方の健康に悪影響を及ぼすのかもしれない。しかし、これを把握するためには質的調査や家計の夫婦間の分配方法の調査が必要となり、今後の課題としたい。

## 2. 雇用形態と健康の関連性

母親本人の労働で一番関連性を示していたのが、長期に渡る病気の有無と雇用形態であった。イギリスでは16歳以下の子供を持つ母親の20%がフルタイム、39%がパートタイム、41%が専業主婦である (Office of Population Censuses and Surveys 1991a) が、アーバーやバートレイ (Bartley M) らによれば、フルタイムやパートタイムで働いている女性は肉体的にも精神的にも専業主婦より健康であると述べている (Arber, 1991; Bartley *et al*, 1995)。

ここでの調査は保育所に預けている母親を対象としたものなので、母親が病気であるがゆえに専業主婦で子供を保育所に預けるということが十分に考えられるので、一概に専業主婦であることが病気に影響するとはいえない。但し、パートタイム就労者の母親本人がフルタイム就労者よりも長期の病気が「ある」と答えた者が多いこと (図3参照)、その30.4%が販売・サービス業に従事していることを考えると雇用の安定性やある程度のレベル以上の自分自身の収入があるということは健康に影響するのであろう。

## 3. 家事労働と健康について

イギリスの研究の中では専業主婦が家庭外労働している女性よりも不健康であるという数多くの報告からもわかるように、家庭外労働に従事しているか否かに関係なく育児と家事の負担が女性の健康に悪影響を与えていると言われている (Miles, 1991)。ところが、この調査からは統計上では家事分担と自覚症状点数のみわずかな関連性が見られた。育児に関しては自覚症状点数で相関が見られたが、休日に子供の遊ぶ時間が長い方に訴えが少なかった。つまり、単純に育児の時間が長いからということが育児の負担につながるとは言い切れず、むしろ夫の協力やその内容が重要であると言えるかもしれない。

## 4. 家族形態と健康との関連性

母子世帯及び母の親族と同居している世帯の母親が長期の病気が「ある」と回答している割合が高かった。ポパイとジョーンズ (Popay and Jones) によれば、両親が揃っている家庭の母親よりも母子家庭の母親の方が不健康であると報告されている。その理由として、物質的環境と夫の支えがなく家事・育児をしなければならないことを挙げてい

る。(Popay and Jones,1990)。本調査では、母子家庭で雇用が安定していなくて、低所得の女性に病気を持っている者が集中している。

また、単なる母子家庭よりも母親本人の親と同居している者の方が病気が「ある」と回答した者が多かった。前述したが、この本人たちも年収130万円未満で、病気による生活の支障があった。このことから、自分の所得も少なく、病気のために親と同居していることが考えられる。欧米では親と同居するという習慣が日本に比べてない。そのため、母子家庭で安定した仕事を得られず、なおかつ病気であれば直ちに貧困につながりやすい。しかし、日本の場合は、親と同居しているか、あるいは同居をしていなくても何らかの親からの援助を受けられる場合が多く、生活していく上での物質的資源が満たされやすく、直ちに貧困にはつながらない。つまり、親が娘世帯の貧困化を防ぐクッションになっているともいえるのではないか。

また、病気・障害を持っている子供を持つ母親についても母子家庭同様に、雇用が安定していなくて、低所得の女性で育児の負担が多い者に病気が集中している。

## V まとめ

この調査では、アーバーのモデルの検証というよりも、このモデルを使用して女性の労働・配偶者の労働・家事労働の負担・家庭の物質的資源・家族形態と健康との関連性探ることを試みた。

アーバーのモデルでは夫の労働（雇用形態・職業）が妻の病気の有無や自覚症状との関連があるということであったが、ここでは相関性は見られなかった。

しかし、以下の3つの点で健康との関連性が考えられた。

第一に、母親本人自身の職業、つまりパートタイム就労者で販売・サービス業従事者で年収130万円未満の女性が病気や自覚症状の訴えが他と比べて多いことからみても、本人の労働の特性が直接に女性の健康に影響してくる。

第二には、社会福祉の対象となりうる母子家庭や病気・障害をもつ子供の母親は直接に女性の健康に影響してくる。

第三には、夫婦間の経済力の違いが女性の健康に影響を与えているのではないかという可能性が示された。前述した、子育てをする女性の健康に影響を与える11項目の要因の中から母親自身が選択する母親の主観的判断では、経済状況・家事の負担・夫の支え

の3つの項目を選択した者が圧倒的に多かった。統計上では家事の負担は明確には現れてこなかったが、母親本人自身は現実の生活では実感していることが言えると思う。夫婦間の経済力の違いと家事分担のバランスのあり方が女性の健康に影響をもつ潜在的な社会的不平等が隠されていると言えるのではないか。

しかし、この3つの要因が具体的に実生活の中でどのように絡み合って健康に影響を及ぼしているのか、また、今回は家事労働の内容や家計構造については踏み込んでいないが、これらを探るために今後は質的な調査を加えた形での調査研究を課題としたい。

(本研究は財団法人東京女性財団の助成を受けて実施したものである)

## 参考文献

- Arber S, Gilbert G.N. and Dale A (1985) 'Paid employment and women's health: a benefit or a source of role strain?', *Sociology of Health and Illness*, Vol.7 No.3 November 1985, P375-P399.
- Arber S (1991) 'Class, Paid Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status', *Social Science of Medicine* Vol. 32, No.4 P425-436.
- Arber S. (1997) "Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s" *Social Science and Medicine* Vol.44 No.6 PP773-787
- Bartley M, Popay J and Plewis I (1992) Domestic conditions, paid employment and women's health, *Sociology of Health and Illness*, 14: 313-43
- Benzeval M, Judge K and Whitehead M.(1995) *Tackling inequalities in health*, King's Fund.
- Doyal L (1995) *What Makes Women Sick*, Macmillan.
- Graham H (1991) *Hardship and Health in Women's Lives*, Harvester Wheatsheaf.
- Miles A (1991) *Women, Health and Medicine*, Buckingham: Open University Press.
- Office of Population Censuses and Surveys (1991a) *General Household Survey 1989*. London: HMSO
- Payne S (1991) *Women, Health and Poverty: An Introduction*, Harvester Wheatsheaf.
- Phillimore P, Beattie A and Townsend P (1994) 'Widening inequality of health in northern England, 1981-91', *British Medical Journal*, 308, 6131 1125-28
- Popay J. and Jones G. (1990) 'Patterns of health and illness amongst lone parents', *Journal Of*

*Social Policy*, vol.19, no.4, PP.499-534

Townsend P (1990b) 'Individual or social responsibility for premature death? The current controversies in the British debate about health,' *International Journal of Health Services*, 20, 3, 373-92

春見静子、尾島豊、尾島万里 「1998年度 財団法人東京女性財団自主研究助成研究

研究名 社会的不平等と女性の健康に関する潜在的問題 ―英国のフェミニストによる健康における不平等 (inequalities in health) の研究方法を踏まえて、日本の実態を明らかにする― 1999年3月29日